

«تعهدنامه اقامت در ناحیه جغرافیایی محل داروخانه برای متقاضی پذیرش مسئولیت فنی»

اینجانب با کد ملی و شماره نظام پزشکی
متقاضی پذیرش مسئولیت فنی داروخانه در ایام و ساعات
با علم و آگاهی کامل از مقررات و آئین‌نامه‌های مربوطه در کمال آزادی اراده و صحت و سلامت عقلانی تعهد
و اقرار می‌نمایم به اینکه در محدوده جغرافیایی محل تاسیس داروخانه فوق اقامت داشته و نسبت به اجرای
وظایف مسئول فنی داروخانه و رعایت کلیه مقررات مربوطه اقدام نمایم. ضمناً در رابطه با موارد فوق حق هر
گونه ادعا و شکایت علیه سازمان غذا و دارو و دانشگاه علوم پزشکی زنجان را در کلیه مراجع از خود سلب
می‌نمایم.

مهر و امضاء متقاضی